

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Paul AUBRY

Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes
Ancien Interne du Sanatorium Marin de Kerpape
Né le 2 mai 1913 à Digoin (Saône-et-Loire)

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PLEURÉSIES PURULENTES DU PNEUMOTHORAX THÉRAPEUTIQUE

Président : M. TROISIER, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Paul AUBRY

Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes
Ancien Interne du Sanatorium Marin de Kerpape
Né le 2 mai 1913 à Digoin (Saône-et-Loire)

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PLEURÉSIES PURULENTES DU PNEUMOTHORAX THÉRAPEUTIQUE

Président : M. TROISIER, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1939

LE DOYEN..... TIFFENEAU..
I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance.	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
	H. CLAUDE.
	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies infectieuses	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{me} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie
 MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

AIGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 SCHWARTZ..... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL Obstétrique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCC	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLÉRY - RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TROISIER

Professeur de clinique de la tuberculose

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait l'honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Mort au champ d'honneur

A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma
reconnaissance et de ma profonde
affection.*

A MA FEMME

En témoignage de mon amour.

AUX MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ALPHONSE PELLÉ

Professeur de clinique médicale
à l'École de médecine de Rennes
Dont nous avons été l'interne

*En témoignage de notre res-
pectueux attachement.*

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARDOUIN

Professeur de clinique chirurgicale
à l'École de médecine de Rennes
Dont nous avons été l'interne

En témoignage de reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUIHÉNEUC

Professeur à l'École de Médecine de Rennes

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOURDON

Ancien chirurgien chef du Sanatorium de Kerpape

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

L'application de la méthode de FORLANINI dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, a fait apparaître parmi les complications diverses auxquelles cette méthode peut donner naissance à une complication particulièrement redoutable : les pleurésies purulentes.

Il n'est pas exagéré de dire que c'est l'éventualité d'une telle complication qui a pu dans l'esprit de nombreux phthisiologues être une opposition à l'application courante du pneumothorax artificiel.

Le temps a permis de faire diminuer le nombre des cas de pleurésies purulentes grâce à une précision plus grande dans les indications et contre-indications du pneumothorax, à l'emploi des pressions négatives, à l'utilisation de la pleuroscopie et de l'opération de JACOBÆUS, grâce enfin à l'abandon du pneumothorax inefficace au profit des méthodes chirurgicales.

D'autre part, il s'est établi toute une série de protocoles thérapeutiques à l'égard de ces pleurésies, en diminuant la gravité, abaissant le taux de la morbidité, améliorant le pronostic.

Nous nous proposons dans les pages qui vont suivre

de passer en revue ces diverses méthodes thérapeutiques. Nous verrons quelles sont leurs indications, souvent intriquées, se complétant souvent aussi les unes les autres, et nous tenterons de faire la synthèse des idées actuelles sur cette question qui reste l'une des plus importante en matière de thérapeutique chirurgicale de la tuberculose pulmonaire.

CLASSIFICATION DES PLEURÉSIES PURULENTES DU PNEUMOTHORAX THÉRAPEUTIQUE

Il est indispensable comme l'écrivaient DUMAREST et ses collaborateurs de distinguer les différentes formes cliniques des pyothorax afin de pouvoir envisager plus facilement leur thérapeutique.

Nous adopterons la classification de DUMAREST, GUILLEMINET et ROUCY complétée par A. BERNOU et H. d'Hour.

Rappelons que ces épanchements peuvent passer d'une forme clinique dans une autre, ce qui montre bien le caractère un peu artificiel des indispensables divisions que nous imposons aux cas cliniques.

En raison de son importance clinique et de ses conséquences thérapeutiques, la question des perforations doit être envisagée en dehors de la classification. Nous parlerons d'abord des pleurésies purulentes simples, des épanchements tuberculeux infectants, des épanchements malins, des épanchements microbiens non tuberculeux puis des perforations pulmonaires.

Les pleurésies purulentes simples

Il existe des épanchements troubles ou puriformes qu'il ne faut pas classer d'emblée dans l'abcès froid pleural auquel ils peuvent cependant aboutir.

L'abcès froid pleural est un épanchement ne s'accompagnant pas de phénomènes généraux et ayant dans l'ensemble un caractère bénin qui cependant n'incitera pas à l'abstention thérapeutique.

Les épanchements tuberculeux infectants

Ils sont caractérisés par la permanence des signes généraux marqués et durables, l'amaigrissement progressif, la température élevée, la dyspnée, la fatigabilité au moindre effort, l'inappétence. Ces épanchements peuvent être tuberculeux purs ou contenir des germes associés, surtout en cas de perforations pulmonaires. Ils guérissent souvent avec les traitements médicaux, ponctions et lavages pleuraux, ils ne nécessitent pas d'une façon urgente les méthodes chirurgicales, pleurotomies et thoracoplasties, sans pour cela les remettre indéfiniment si l'amélioration tardait à apparaître.

Les épanchements malins

Ils sont individualisés par leurs phénomènes généraux et toxiques plus graves, la température est

élevée, il existe de la dyspnée, un teint plombé, un amaigrissement rapide, de la diarrhée profuse, de l'albuminurie. Ces phénomènes toxiques sont sous la dépendance d'une abondante suppuration pleurale très septique, un traitement urgent est nécessaire. En cas d'insuccès des lavages pleuraux, la pleurotomie et l'aspiration continue s'imposent. Elles seront suivies d'une thoracoplastie précoce destinée à diminuer la surface de résorption septique pleurale, en même temps qu'elle s'adressera aux lésions pulmonaires causales. Il est bien évident, qu'il n'existe aucun moyen thérapeutique, quand ces épanchements sont contemporains d'une généralisation tuberculeuse terminale, ou quand ils sont compliqués de foyers caséeux juxta-pleuraux avec fistules œsophago-pleurales, vertébro-pleurales, sterno-pleurales, etc...

Les épanchements microbiens non tuberculeux

Ils se produisent à la suite d'une infection générale ou accidentelle. Ils seront traités le plus possible par les lavages pleuraux. En cas d'échec on devra recourir à la pleurotomie, à l'aspiration forcée, à la thoracoplastie.

Les perforations pulmonaires

Elles sont spontanées ou accidentelles. Il faut être persuadé de leur fréquence. Il faut les rechercher par

leurs signes cliniques, radiologiques et manométriques. Le diagnostic de localisation de la perforation est indispensable. Il n'y aura pas de guérison de la pleurésie purulente sans fermeture de la perforation.

INDICATIONS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il faut avant tout souligner que les méthodes chirurgicales ne représentent pas le traitement de choix. Ce sont des méthodes d'exception ou de nécessité, elles interviennent après que les thérapeutiques médicales se sont avérées impuissantes. On ne peut donc opposer les deux thérapeutiques. Le problème des indications chirurgicales se borne à établir dans quels cas et à quel moment la chirurgie aura à se substituer aux méthodes médicales devenues inefficaces.

Pour le clinicien l'indication de recourir aux méthodes chirurgicales est formelle quand :

1^o Il y a menace grave immédiate du fait de la surinfection ou de l'abondance de l'épanchement.

2^o Quand l'empyème entrave l'action du pneumothorax et qu'il y a reprise des lésions pulmonaires sous-jacentes.

3^o Quand il y a fléchissement de l'état général avec fièvre et signes d'infection continue du fait de la persistance de la suppuration pleurale et des fistules qu'elle entretient.

A ces trois sortes de menaces nous opposons trois types d'interventions.

La pleurotomie avec aspiration pleurale.

La thoracoplastie extra-pleurale.

La pleurectomie.

Ces trois méthodes peuvent réussir isolément, mais fréquemment elles devront se combiner, se succéder.

La Pleurotomie avec aspiration pleurale

Nous adoptons les vues de H. JOLY (1) sur la pleurotomie avec aspiration pleurale. La pleurotomie eût une mauvaise presse, car elle était pratiquée en désespoir de cause, après des semaines, des mois de suppuration, alors que les plèvres étaient épaissies par la pachypleurite. Le drainage était pratiquement fait à plèvre ouverte, le poumon se figeait en position de rétraction contre le médiastin. L'évolution se faisait vers la constitution d'une poche pleurale chronique, fistulisée à la peau et à peu près impossible à réduire.

L'aspiration pleurale évite cet écueil, elle agit en désinfectant la plèvre, elle permet de conserver la souplesse de la plèvre viscérale, elle aspire le poumon rétracté et provoque sa réexpansion. On évite ainsi la pachypleurite et la pariétite on récupère la fonction du poumon sous-jacent. On objectera que la réexpansion pulmonaire peut avoir une action néfaste sur les lésions pulmonaires qui ont nécessité la créa-

(1) H. JOLY. — Traitement des pleurésies purulentes graves du pneumothorax artificiel par la pleurotomie précoce avec aspiration pleurale. *La Presse médicale*, 17 juin 1939.

tion du pneumothorax. Ce n'est pas certain lorsque ces lésions parenchymateuses étaient peu ulcérées. Si la lésion est importante on fera une thoraco-plastie ultérieure, de préférence partielle.

QUELS SONT LES TYPES DE PYOPNEUMOTHORAX JUSTIFIABLES DE LA PLEUROTOMIE AVEC ASPIRATION PLEURALE. — Ce sont les pleurésies surinfectées qui bénéficient le plus de ce traitement, que l'infection soit d'origine exogène ou due à une perforation pulmonaire. Dans ce cas les ponctions et les lavages pleuraux ne forment qu'une méthode de temporisation, par là même dangereuse. Souvent ils n'ont qu'une action transitoire sur la courbe thermique. Dans d'autres cas l'action est plus nette, mais cependant insuffisante à empêcher la constitution de la pachypleurite épaisse qui limite la réexpansion pulmonaire et rend ces poches pleurales à peu près définitives.

Dans les cas où l'infection pleurale a été déterminée par une perforation pleuro-pulmonaire, les lavages paraissent constituer une méthode dangereuse. D'autre part l'assèchement permanent de la plèvre par drainage est seul susceptible d'éviter l'ensemencement contro-latéral.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — H. JOLY recommande la technique suivante de pleurotomie et d'aspiration pleurale.

La pleurotomie doit être parfaitement déclive, être à minima, être étanche.

Le drainage doit être parfaitement déclive pour éviter la stagnation de pus dans un cul de sac. Le repérage du point déclive est fait en injectant quelques centimètres cubes de lipiodol dans la cavité pleurale et en repérant le lipiodol à la radioscopie.

La pleurotomie doit être à minima, condition nécessaire pour que le trajet ne s'élargisse pas autour du drain. Le drain est simplement introduit entre les intercostaux dissociés à la pince.

La pleurotomie doit être étanche pour réaliser le drainage à plèvre fermée et permettre l'entretien d'une dépression pleurale constante. Il y a intérêt à employer une sonde de Pezzer ou un drain de Delbet dont on aura rogné la collerette interne.

L'ASPIRATION PLEURALE. — Au stade aigu l'aspiration sera faible, le drain va plonger dans un bocal à demi rempli d'un antiseptique, la plèvre ne devant jamais être mise en communication avec l'extérieur.

Pour les dépressions plus fortes le drain est relié à un bocal où une pompe de Potain entretient le vide.

CONCLUSIONS. — Ainsi comprise la pleurotomie suivie d'aspiration pleurale permet d'éviter les vieilles poches pleurales résiduelles. Elle désinfecte la cavité pleurale, lutte contre la pachypleurite et laisse le poumon sous-jacent récupérer ses fonctions.

Son indication principale est l'épanchement pleural surinfecté.

La Thoracoplastie

Pour la rédaction des chapitres concernant la thoracoplastie et la pleurectomie nous nous inspirerons du rapport de Robert MONOD (1) : « Le traitement chirurgical des épanchements purulents du pneumothorax thérapeutique ».

Robert MONOD appuie son travail sur les statistiques du Service de l'Hôpital Beaujon-Clichy (20 épanchements purulents), du sanatorium de Hauteville (80 épanchements purulents), du sanatorium de Tuyolle (19 épanchements), du sanatorium de Groslay (3 perforations pulmonaires ayant nécessité la thoracoplastie), du sanatorium de Franconville (255 épanchements).

La thoracoplastie s'adresse

1^o aux empyèmes sans lésions pulmonaires ;

2^o aux empyèmes associés à des lésions pulmonaires actives.

Le premier groupe comprend les empyèmes solitaires formant une cavité fixe sans lésions pulmonaires sous-jacentes, il est peu important, ces sortes d'empyèmes ne se rencontrent pas fréquemment dans la pratique du pneumothorax.

Le second groupe sera décrit plus longuement car

(1) IX^e Congrès national de la tuberculose.

les empyèmes associés sont fréquents et ils dépendent par leur origine et par leur évolution des lésions pulmonaires sous-jacentes. Le traitement chirurgical visera à tarir l'empyème et à guérir les lésions pulmonaires.

1^o TRAITEMENT DES EMPYÈMES SOLITAIRES. —

Ces empyèmes solitaires sont des empyèmes de vieillissement ou des empyèmes refroidis. Les empyèmes de vieillissement sont inertes, fixes, gênant l'entretien du pneumothorax en raison de leur abondance ou de leur caractère récidivant. Le pneumothorax devenu inopérant sera remplacé par une thoracoplastie pratiquée sans délai, sans pleurotomie préparatoire.

Les empyèmes refroidis sont des épanchements, qui après une période fébrile aiguë, persistent ou entretiennent une suppuration ouverte à l'extérieur par un trajet fistuleux.

Dans tous les cas d'empyèmes sans lésions pulmonaires sous-jacentes on ne devra pas prolonger le traitement médical au delà de 6 mois. Une thoracoplastie sera appliquée. Elle sera adaptée à l'étendue du pyopneumothorax, le plus souvent totale, fragmentée en des temps successifs.

2^o TRAITEMENT DES EMPYÈMES ASSOCIÉS A DES LÉSIONS PULMONAIRES ACTIVES. —

Ces empyèmes peuvent être précoces ou tardifs.

Les empyèmes précoces. — Les lésions pulmonaires préexistant à l'empyème continuent à évoluer. Parfois

poumon et plèvre ont été lésés en même temps par l'infection tuberculeuse. Dans ce cas l'empyème n'est pas une complication du pneumothorax et le pronostic est sombre. Le plus souvent l'empyème est la conséquence d'un pneumothorax inefficace, ne déterminant pas l'affaissement des cavernes pulmonaires. Cependant un pneumothorax total peut être la cause d'un pyopneumothorax. Dans ce cas le moignon pulmonaire contient une caverne non affaissée qui s'ouvre et détermine l'empyème. C'est une éventualité rare, l'empyème habituellement est la complication des pneumothorax partiels à apex adhérents dans lesquels subsistent des cavernes actives.

Les empyèmes tardifs. — C'est au décours d'un empyème que réapparaissent des lésions pulmonaires qui s'étaient éteintes sous l'influence du pneumothorax. Ce réveil peut se voir dans un empyème fermé. Il est consécutif à une symphyse pleurale entraînant la réexpansion d'un poumon porteur de lésions non cicatrisées. Le réveil se rencontre également dans un empyème ouvert antérieurement et drainé, le pneumothorax ayant été abandonné du fait de la pleurotomie, le poumon non guéri cesse d'être collabé et rouvre ses lésions.

Que le pyothorax soit tardif ou précoc, il faut en distinguer : l'épanchement d'accompagnement et l'épanchement actif.

L'épanchement d'accompagnement est minime, inerte, la lésion pulmonaire est dominante. Dans ce cas on pratiquera en premier lieu une thoracoplastie

d'indication pulmonaire, c'est-à-dire une thoracoplastie partielle supérieure, dirigée contre les lésions du sommet du poulmon. Secondairement on fera une thoracoplastie basse cette fois d'indication pleurale. Habituellement la guérison de la plèvre suivra rapidement celle du poulmon.

L'épanchement actif est un pyopneumothorax infectant ou surinfecté associé à des lésions pulmonaires évolutives. Il faut alors une thoracoplastie élargie. Elle doit être précoce, les lésions pulmonaires étant actives, étendues à cause de la poche pleurale.

Le traitement des empyèmes associés à des lésions pulmonaires actives est plein de difficultés en raison de la fragilité des malades affaiblis par l'évolution des lésions pulmonaires et par l'infection pleurale.

TACTIQUE OPÉRATOIRE. — 1^o En plèvre fermée.

Avant toute thoracoplastie on évacuera la plèvre, soit par ponction, soit par pleurotomie. Il est préférable d'opérer à l'abri du pus. Si l'épanchement est peu important et fluide des ponctions seront pratiquées avant et après l'intervention. Avec un épanchement abondant ou à pus épais on fera une pleurotomie qui sera à la fois désinfectante et asséchante.

2^o Sur pyothorax fistulisé.

Si l'empyème est largement ouvert dans les bronches avec des vomiques abondantes, il faut faire une thoracoplastie à bref délai, de préférence par la voie sous-scapulaire de Fruchaud peu traumatisante. Si l'empyème est fistulisé à la paroi, soit fistule spon-

tanée, soit fistule à la suite de ponction ou de pleurotomie on attendra 20 à 25 jours avant d'opérer.

CONCLUSIONS. — La thoracoplastie sera employée dans les cas de pyopneumothorax associés à des lésions pulmonaires actives.

S'il s'agit d'un épanchement d'accompagnement on pratiquera en premier lieu une thoracoplastie partielle supérieure dirigée contre les lésions pulmonaires, en second lieu une thoracoplastie basse d'indication pleurale.

S'il s'agit d'un pyopneumothorax infectant ou surinfecté il faudra une thoracoplastie élargie et précoce. Si l'épanchement est abondant l'intervention sera précédée de ponctions ou d'une pleurotomie.

Les empyèmes de vieillissement, rendant le pneumothorax inopérant, seront traités par une thoracoplastie pratiquée sans délai, sans pleurotomie préparatoire.

La Pleurectomie

Elle est dirigée contre les pyopneumothorax compliqués de pachypleurite avec fistule à la peau.

La pachypleurite s'oppose à l'affaissement spontané ou provoqué de la poche.

L'épaississement du feuillet pleural atteint parfois deux et même trois centimètres.

On interviendra si le malade est jeune, si les lésions

pulmonaires sont éteintes, si le poumon contro-latéral est indemne, si le cœur et les reins sont bons.

La pleurectomie fut longtemps décriée par les phthisiologues français, Robert MONOD eût le mérite de la réhabiliter.

Elle représente le temps essentiel du traitement des empyèmes chroniques fistulisés. Pratiquée au bistouri électrique, elle peut être exécutée rapidement sans hémorragies. Elle semble plus logique qu'une thoracoplastie. Elle détruit une plèvre blindée, rigide, supprime les clapiers purulents. Elle aboutit à une mise à l'air d'une surface infectée sur laquelle les ultra-violets et l'héliothérapie peuvent avoir une action adjuvante qui accélérera la cicatrisation de la vaste brèche qu'elle entraîne. L'intervention n'est évidemment applicable que pour les empyèmes déjà ouverts à la paroi.

Elle est particulièrement indiquée pour les poches moyennes qui sont les plus fréquentes, étendues surtout dans le sens antéro-postérieur et ne dépassant pas en haut la troisième côte.

CONCLUSIONS. — La pleurectomie est une intervention d'exception. Elle sera réservée aux pyopneumothorax fistulisés et compliqués de pachypleurite. C'est le traitement de la période tertiaire de l'empyème. Le malade supportera souvent bien les interventions car sa lésion parenchymateuse est guérie, c'est un pleural strict.

CONCLUSIONS

I. — Les traitements chirurgicaux des épanchements purulents du pneumothorax thérapeutique ne sont pas une thérapeutique de choix. Ce sont des méthodes de nécessité à employer après l'échec des traitements médicaux.

II. Il est dangereux de poursuivre un traitement médical inefficace, de nombreux échecs chirurgicaux étant dus à un traitement médical trop prolongé.

III. La pleurotomie avec aspiration pleurale sera employée principalement dans les épanchements sur-infectés sans grosses lésions sous-jacentes.

IV. La thoracoplastie sera utilisée surtout dans les pyopneumothorax avec des lésions pulmonaires sous-jacentes évolutives.

V. La pleurectomie sera dirigée uniquement contre les pyopneumothorax fistulisés accompagnés de pachypleurite.

VI. Il ne faut jamais perdre de vue que ces malades sont des tuberculeux et des intoxiqués. Pour eux la

prénarcose et l'anesthésie loco-régionale est la méthode de choix.

VII. On fera le moins possible de sutures. Les soins post-opératoires auront une grande importance.

VU : *Le Président de Thèse,*
TROISIER

VU : *Le Doyen,*
TIFFENEAU

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BERNOU et D'Hour (H.). — Classification des épanchements puriformes et purulents du pneumothorax artificiel. *La Presse méd.*, 22 avril 1939.
- DAGNEAU et ROGER. — Thoracoplasties et pleurésies purulentes tuberculeuses. *Bull. de la Sté Méd. des Hôpitaux universitaires de Québec*.
- DELBECQ, DREYFUS, LE FOYER. — Les pleurésies purulentes du pneumothorax et leur traitement médical et chirurgical. IX^e Congrès Nat. de la Tuberculose. *La Presse Méd.*, 22 av. 1939.
- DUMAREST-GUILLEMINET-ROUGY. — Pleurésies purulentes tuberculeuses, traitement médico-chirurgical. Doin, Paris, 1930.
- DUMAREST et PAVIE. — Traitement des pyothorax du pneumothorax thérapeutique. IX^e Cong. Nat. de la tuberc.
- ARNAUD (Jacques). — Le traitement des pleurésies purulentes du pneumothorax artificiel. *Bull. et Mém. de la Sté Méd. de Passy*, mars 39.
- JOLY. — Le traitement des pleur. purulentes graves du pneumo-artificiel par la pleurotomie précoce avec aspiration pleurale. *La Presse Méd.*, 17 juin 1939.
- KINDBERG (Léon). — Les épanch. purulents du pneumo. artificiel, les traitements médicaux et les lavages des plèvres. *Rapport au IX^e Congrès de la Tuberculose*.
- LELONG. — Indications de la pleurotomie. *Sud médical et chirurgical*, 15 sept. 1932.
- MONOD (Robert). — Le traitement chirurgical des épanchements purulents du pneumothorax thérapeutique. *Rapport au IX^e Congrès Nat. de la Tuberculose*.
- LEURET-SECOUSSE-LESOURD. — Sur le traitement des pyopneumothorax. IX^e Cong. Nat. de la Tuberculose.

ROUSSEAU. — Considération sur le traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses. *Laval Médical*, avril 1936.

RENAUD-PETIT-MAIRE et MIGNET. — L'ouverture et le drainage de la plèvre dans les pleurésies purulentes tuberculeuses. *Soc. Méd. des Hôpitaux*.

SERGENT. — Les exsudats puriformes et purulents du pneumothorax artificiel et leur traitement, *IX^e Cong. Nat. de la tuberculose*.

VAQUETTE. — Les indications de la distension forcée du poumon dans le traitement des pleurésies purulentes du pneumothorax artificiel. *Bull. et Mém. de la Sté Méd. de Passy*, mars 1939.

WOLFF. — Le traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses. Ed. universitaires de Strasbourg.